

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
IN ORARIO SCOLASTICO**

**DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E
DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

I sottoscritti
genitori di nato a..... il
residente a in via.....
frequentante la classe della Scuola
sita a in via.....

Essendo il minore affetto da

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata proposta del medico (MMG/PLS) rilasciata in data..... dal Dr.....

I genitori dichiarano di:

- essere consapevoli che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie;
- autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
- impegnarsi a fornire alla Scuola il/i farmaco/i prescritto/i nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (es. cotone, disinfettante, siringhe, guanti, etc.) necessario per la somministrazione, nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
- Impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso

Autorizzare, se del caso, l'auto – somministrazione del farmaco

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

SI

NO

Data _____

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

Numeri di telefono utili:

• Genitori _____

• Pediatra di libera scelta/Medico Curante _____

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO DI FAMIGLIA
(PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE)
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

**LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DI PERSONALE NON
SANITARIO, DEI FARMACI SOTTOINDICATI ALL'ALUNNO/A**

Cognome Nome.....

Data di nascita Residente a

in via Telefono

Classe della Scuola

sita a in via

Dirigente Scolastico

Piano terapeutico del farmaco da somministrare

Stato di malattia certificato.....

Nome commerciale del farmaco e principio attivo

Forma farmaceutica.....

Modalità di somministrazione Dosaggio.....

Orario: Durata terapia (entro i limiti del singolo anno scolastico)

dal..... al.....

Capacità di autosomministrazione perché paziente istruito..... SI NO

Terapia di mantenimento:

Terapia in caso di manifestazioni acute (eventuale scheda per patologia allegata):

Modalità di conservazione del farmaco:

Descrizione in dettaglio dell'evento che richiede la somministrazione del
farmaco.....

.....
La somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né
l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto

Data

Timbro e firma del Medico